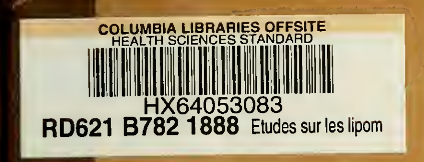


A. Broca

Etudes sur les Lipomes Inguinaux et les Hernies Inguinales.


SIGILLVM · COLLEGII · COLVMBIAE · NOVI · EBORACI
IN LVMINE TVO VIDEBIMVS LVMEN
I·PET·II·V·2·

ÉTUDES

SUR

LES LIPOMES INGUINAUX

ET

LES HERNIES INGUINALES

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ÉTUDES

SUR LES

LIPOMES INGUINAUX

ET

LES HERNIES INGUINALES

PAR

Le Docteur A. BROCA

Prosecteur à la Faculté

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—

1888

Extrait des **Bulletins de la Société anatomique, 1888,**
5e série, tome II, pages 881 à 892.

ÉTUDES

SUR

LES LIPOMES INGUINAUX

ET

LES HERNIES INGUINALES

I. Il y a quelques mois, je vous présentais plusieurs *lipomes du cordon spermatique*, trouvés sur des sujets destinés aux exercices de dissection, et je ne m'en occupais qu'à un point de vue tout spécial, exclusivement anatomique. Je vous montrais que ces tumeurs, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense, étaient situées sous la gaine profonde du cordon, la plupart du temps en avant et en dehors du canal déférent, facile à isoler ; que de là la masse graisseuse s'engageait souvent dans le canal inguinal et devenait sous péritonéale. Ces cas où il y avait ainsi un pédicule intra-abdominal m'arrêtaient seuls alors, car je voulais vous faire voir que cette partie sous-péritonéale n'adhérait pas à la face externe de la séreuse ; que le lipome ne créait pas par sa traction un sac préformé où l'intestin pût s'engager. Je terminai ma note par ces mots : « Je signalerai l'erreur de diagnostic possible entre cette masse graisseuse faisant saillie à la racine des bourses et une petite épiplocèle adhé-

rente » (1). Les livres classiques, en effet, mentionnent en passant cette confusion : il est vrai qu'ils décrivent très sommairement les lipomes du cordon.

La première pièce que j'ai examinée m'avait, au premier abord, induit en erreur. J'avais vu, dans le pavillon de mon ami et collègue Boiffin, un sujet sur lequel un élève avait isolé, le long du canal déférent, une masse adipeuse cylindroïde, grosse comme deux doigts, allant de l'anneau inguinal externe (d'où elle sortait) jusqu'au contact du testicule. Elle longeait le côté antéro-externe du cordon. Je continuai la dissection, persuadé que j'allais trouver une épiplocèle : je constatai bien vite qu'il n'y avait pas de sac péritonéal autour de la masse graisseuse, mais une simple membrane conjonctive, transparente ; qu'il s'agissait d'un lipome se continuant avec la graisse sous-péritonéale de la fosse iliaque.

La dissection ne fut pas poussée plus loin, et je le regrette car depuis j'ai eu l'occasion d'examiner une pièce intéressante par les connexions anatomiques profondes du lipome.

Obs. I. — *Hernie oblique externe droite. A gauche, lipome du cordon remontant sur la partie pelvienne du canal déférent.* — Homme âgé, disséqué en août 1888. Des deux côtés, on voit une saillie inguino-scrotale, plus allongée à droite. A gauche, la tumeur, grosse comme un œuf de dinde, descendait jusqu'à mi-hauteur de la partie extra-inguinale du cordon. Elle était, au palper, lisse, arrondie, molle, fluctuante même ; elle se prolongeait dans l'anneau externe et de là elle soulevait obliquement le canal inguinal. Cette tumeur était irréductible ; elle ressemblait soit à une hydrocèle du cordon, soit à une épiplocèle.

Dès que la peau fut incisée et disséquée, une couleur jaunâtre apparut, qui sembla démontrer la réalité de la seconde hypothèse. Mais après incision du crémaster, puis de la gaine profonde du cordon, il devint évident qu'il n'y avait pas de sac péritonéal. Il s'agissait en effet d'un lipome dont voici les connexions exactes. La masse graisseuse a une extrémité inférieure élargie, bien indépendante du canal déférent, situé à son côté postéro-interne. Mais un peu au-dessous de l'anneau externe, le canal déférent s'engage au milieu du tissu adipeux et le lipome, au sortir de l'anneau interne, continue son chemin vers le bassin et se prolonge, par une extrémité

(1) *Bull. Soc. an.*, 1888, p. 125.

effilée, autour du canal spermatique, qu'il accompagne jusqu'à l'origine des vaisseaux déférentiels.

Ce lipome n'adhère pas au péritoine.

Les deux vaginales sont normales.

A droite, il y a une épiplocèle un peu adhérente. Cette hernie est oblique externe, à collet assez dur, devenu direct. Le sac, facile à isoler des éléments du cordon, est assez épais. Il descend jusqu'à un doigt du testicule. Il est situé sous la fibreuse commune et n'est pas entouré d'une membrane qui prolonge le fascia transversalis, très net au niveau de la paroi abdominale, autour de l'anneau inguinal interne. Pas de cordon de Cloquet. Le sac présente dans sa partie scrotale un épaississement circulaire en forme de bride.

En clinique, il faut se souvenir de ces lipomes qui remontent dans le canal inguinal. Les descriptions didactiques n'en tiennent peut-être pas assez compte.

M. D. Mollière, cependant, insiste sur ce point, dans l'article qu'il a consacré à l'étude des affections funiculaires (1). Les lipomes extra-inguinaux du cordon sont, dit-il, moins rares qu'on ne le croit. « On les confond le plus ordinairement avec des hernies épiploïques irréductibles. Mais en examinant soigneusement les anneaux, en constatant qu'ils sont libres et que les éléments du cordon y pénètrent en faisceau comme à l'état normal, on évitera facilement l'erreur...... Ce développement ne se fait pas toujours à l'extérieur, comme *a priori* on pourrait le penser. Ainsi l'on a vu le lipome du cordon remonter dans l'abdomen à travers le canal inguinal. Le musée de Zurich possède une pièce se rapportant à cette singulière variété. En pareil cas, le diagnostic serait fort obscur. Heureusement, l'intervention n'est pas absolument indiquée. » Ces masses adipeuses peuvent devenir énormes : Gascoyen en a extirpé 5 livres et 3 onces ; Wilms en a enlevé 20 livres. Curling a cru opérer une tumeur de ce genre : mais trois récidives successives font douter du diagnostic.

Ces quelques lignes de M. Mollière, mettent bien en relief la difficulté, l'impossibilité même du diagnostic lorsque la tumeur se prolonge dans le trajet inguinal. Mais M. Mollière ne se préoccupe pas outre mesure de ces raretés pathologiques. Or sur le cadavre, — et c'est alors seulement qu'on est certain du fait — cette disposition anatomique n'est pas

(1) *Art.* SPERMATIQUES (VOIES) in *Dict. encycl. des Sc. méd.* 3e sér., t. XI, p. 88, 1883.

exceptionnelle : elle est au moins aussi fréquente que celle où la tumeur est tout entière extra-inguinale.

En pareille occurrence, on ne voit pas sur quoi peut se fonder le diagnostic, en dehors des commémoratifs. Il va sans dire, en effet, que l'on affirmera presque à coup sûr l'existence d'une épiplocèle si le malade raconte qu'il a eu auparavant une hernie reductible.

En dehors de cela, on ne fera la distinction que dans les quelques cas où une circonstance particulière éclaire le diagnostic. Ainsi dans l'observation suivante, que M. le Prof. Verneuil m'a engagé à publier, il y a plusieurs mois déjà, précisément à cause de la similitude entre les lipomes du cordon et les épiplocèles irréductibles. Si le sujet n'eût été atteint de lipomes multiples, l'erreur eût été à peu près inévitable.

Obs. II. — *Lipomes multiples. Lipomes inguinaux ressemblant à des épiplocèles.* — Le nommé Schœm..., Max, âgé de 43 ans, marchand ambulant, est entré le 23 mai 1888, salle Michon, n° 3, à l'hôpital de la Pitié, serv. de M. le Prof. Verneuil.

Son père et sa mère ont toujours joui d'une bonne santé, et sont morts à 70 et à 72 ans. Un frère est mort à 42 ans d'une fluxion de poitrine. Une sœur est morte folle il y a deux ans, à l'asile de Villejuif, âgée d'environ 50 ans. Vers 40 ans elle avait eu un accès de démence à la suite d'une peur; trois ans avant sa mort elle avait été définitivement atteinte, encore à la suite d'une frayeur. Il reste au malade deux sœurs bien portantes ; l'une d'elles aurait une loupe sur la tête.

Schœm... est d'une bonne santé. A 16 ans il a eu une chaudepisse avec orchite. Il affirme ne se griser jamais, mais il reconnaît boire beaucoup de vins et d'alcools divers.

Sa première tumeur est apparue il y a environ 5 ans, dessinant d'abord, à la région sus-hyoïdienne, comme un double menton ; elle a peu à peu grossi, formant un collier sous-maxillaire. Puis sont survenues, à la nuque d'abord, il y a 6 mois dans les bourses, dernièrement enfin au dos, des tuméfactions symétriques. Tout cela n'a été précédé d'aucune douleur et est resté indolent ; l'évolution a toujours été lente, progressive.

Depuis environ un mois des douleurs dans les reins se sont manifestées : le malade souffre quand il marche, quand il soulève quelque chose de lourd. A part cela, il ne se plaint que de la gêne mécanique et de la difformité causées par les tumeurs.

Etat à l'entrée. — La région sus-hyoïdienne forme un collier saillant sous le maxillaire inférieur et se prolongeant jusque derrière les oreilles en s'amincissant peu à peu. L'extrémité

inférieure de ces masses latérales descend jusqu'à la moitié de la hauteur du cou. La partie médiane, bien symétrique, descend jusqu'à la fourchette sternale. Ces tumeurs sont recouvertes d'une peau normale ; elles sont molles, tremblotantes, fluctuantes, un peu grenues à la surface. Elles sont mobiles sous la peau et sur les parties profondes. Elles ont, en somme, tous les caractères des lipomes sous-cutanés.

Rien ne proémine dans la bouche.

Sous le lobule de l'oreille, une tuméfaction plus diffuse soulève la région parotidienne : cette petite tumeur est distincte de la masse précédente.

Derrière l'apophyse mastoïde, de chaque côté, masse grosse comme une orange, franchement fluctuante, séparée de celle du côté opposé par un sillon médian postérieur.

A la nuque existe une légère saillie médiane, diffuse.

Latéralement, derrière la clavicule, sur le bord antérieur du trapèze, un lipome sous-cutané gros comme un œuf.

La paroi abdominale antérieure a commencé à grossir il y a environ un an. Elle s'arrête sous le bord inférieur, qu'elle surplombe, du plastron thoracique antérieur; latéralement, vers les flancs, cette proéminence de la couche sous-cutanée s'efface peu à peu. Au centre, l'ombilic se déprime en une sorte de cratère profond. En bas et en dehors, le pli cruro-scrotal est profond et présente de l'intertrigo ; en dedans, la paroi abdominale se prolonge insensiblement vers le scrotum. Au-dessus du mont de Vénus, elle s'arrête nettement à un sillon 1/2 circulaire, à concavité supérieure.

Le scrotum est sphérique, volumineux, un peu rouge; d'une aine à l'autre il est limité par un sillon demi-circulaire, à concavité inférieure, passant au-dessus de la racine de la verge. La verge a été avalée par cette distension des bourses, et depuis 15 jours le coït est devenu impossible.

En palpant cette région, on constate que son gonflement provient en partie (mais assez peu) de la production de masses lipomateuses superficielles. Il en existe en particulier une à la partie inférieure, mais surtout on sent des masses profondes; une d'entre elles est médiane, située entre les deux testicules normaux. De chaque côté, le long du cordon où l'on sent assez bien le canal déférent, il existe une masse volumineuse qui ne descend pas jusqu'au testicule et qui remonte jusque dans le canal inguinal qu'elle soulève obliquement. Cette masse a absolument la consistance et les caractères d'une épiplocèle adhérente. Le malade ne s'est jamais connu de hernie.

Aux membres inférieurs, tout se borne à des varices, jusqu'à ce jour méconnues. Quelques crampes dans les mollets.

Rien aux membres supérieurs. Début tout récent d'un peu de tuméfaction axillaire.

A la face postérieure du tronc il existe quatre saillies, deux à deux symétriques, situées près de la ligne médiane, à contour circulaire, à surface un peu aplatie. Deux d'entre elles sont lombo-sacrées; les doigts soulèvent leur bord inféro-externe, mais constatent que leur bord supéro-interne est adhérent. Les deux autres sont lombo-dorsales et c'est à leur niveau que siègent les douleurs précédemment mentionnées. Elles sont cependant tout à fait indolentes à la pression. Elles adhèrent aux plans profonds.

L'état général est excellent. Le malade n'a jamais eu de rhumatismes.

M. Verneuil compte ne pratiquer aucune opération.

Tel est ce fait, auquel M. Guinard a fait allusion dans la dernière séance, en rappelant dans quelles circonstances j'ai été amené à l'observer. En palpant le scrotum, le Prof. Verneuil avait d'abord constaté les tumeurs superficielle et médiane profonde; puis il sentit le long du cordon, de chaque côté, une masse qui lui en imposa d'abord pour une épiplocèle irréductible. J'émis alors l'opinion qu'il s'agissait plutôt de lipomes extra et intra-inguinaux, que mes dissections récentes m'avaient appris à connaître. Les tumeurs, envisagées en soi, étaient d'ailleurs identiques à des épiplocèles et la coexistence d'autres tumeurs graisseuses permettait seule d'établir le diagnostic. M. Verneuil voulut bien admettre cette opinion et il m'autorisa à recueillir l'observation, pour attirer l'attention, en la publiant, sur ces faits souvent méconnus.

Je ne saurais trouver, je crois, de meilleure occasion que la présentation faite dans la dernière séance par M. Chipault. Notre distingué collègue nous a communiqué un fait qui prouve que, même pendant l'ablation, le diagnostic peut rester erroné. On croyait opérer un lipome du cordon, et l'extirpation une fois terminée le diagnostic semblait encore exact. Il avait fallu sacrifier le testicule parce que le canal déférent, adhérent à la tumeur, avait été sectionné. Mais on n'avait vu aucun pédicule intra-inguinal et les enveloppes épaissies ne ressemblaient pas à une séreuse ayant des connexions avec le péritoine. Cependant, M. Toupet affirmait, de par l'examen histologique, que la tumeur était épiploïque. Les pièces histologiques nous étaient seules présentées.

Je rappellerai que je fis alors remarquer la contradiction flagrante de l'examen à l'œil nu et de l'analyse microscopique. Il était impossible d'admettre un semblable isolement d'une épiplocèle dont le pédicule se serait entièrement détruit.

J'ai pu, quelques jours après, examiner la pièce conservée tout entière par M. Toupet, au laboratoire du Prof. Cornil, et il a été aisé de constater que l'anatomie descriptive était tout à fait d'accord avec l'anatomie microscopique ; que l'extrémité supérieure de la masse adipeuse, bien réellement épiploïque, présentait une surface de section large comme celle d'une plume d'oie ; tout autour de la tumeur graisseuse, qui lui adhère par places, est une membrane opaque, épaisse de 1 à 2 millim. qui est certainement un ancien sac herniaire. La tumeur est donc bien une épiplocèle adhérente, remarquable par l'étroitesse du pédicule et par le volume de l'extrémité terminale. Cette hypertrophie de l'épiploon et des appendices épiploïques contenus dans une hernie, est bien connue (1).

Cette observation démontre que le diagnostic peut rester fautif jusqu'à la fin de l'opération ; je pense cependant que, dans la majorité des cas, la rectification est possible, une fois la tumeur mise à nu par l'incision. Il faut fendre toutes les enveloppes, jusqu'à ce que l'on ait pénétré dans le tissu graisseux lui-même. C'est alors seulement que l'on pourra s'assurer qu'autour de la masse (dont on aura cherché le pédicule) existe une membrane décollable. Si cela a lieu, on saura qu'on est en présence d'une hernie, et que par conséquent, si l'on procède avec patience et minutie, on pourra presque à coup sûr disséquer le sac et respecter le canal déférent. Inversement, si l'on reconnaît un lipome, on sera averti de n'avoir pas à chercher un collet péritonéal à isoler et à lier.

M. D. Mollière rassure, sans doute le clinicien, en lui disant : « Heureusement l'intervention n'est pas absolument indiquée ». Cela est vrai si l'on diagnostique un lipome du cordon : mais c'est précisément ce que l'on a tendance à ne pas faire. Or l'existence d'une épiplocèle adhérente comporte une indication chirurgicale nette : il faut chercher à réduire cette hernie. Si l'on met en usage la compression par le sac

(1) Voyez *Soc. an.*, 1888, p. 847.

de plomb, il va sans dire que l'on ne réussira à rien sur un lipome. Si, avec la majorité des chirurgiens actuels, l'on a recours d'emblée à la cure radicale, on s'expose, si l'on n'est pas mis en garde à l'avance, à pratiquer une opération irrégulière sur cette tumeur que l'on continue à prendre pour une épiplocèle étrange. Il est probable que, comme dans le fait relaté par M. Chipault, la perte du testicule serait la conséquence fréquente de ces hésitations.

Quelquefois, le lipome sera bien isolé et son ablation sera des plus aisées. C'est ce qui est arrivé dans l'observation suivante, que je dois à l'obligeance de mon distingué collègue et ami Delbet. Après avoir pris à nu une hernie dont il voulait extirper le sac, M. Segond vit qu'à côté de ce sac descendait une masse adipeuse bien libre en bas de toute adhérence et ayant tous les caractères du lipome. L'ablation en fut très simple. Au premier abord, cette tumeur avait causé quelque surprise et pendant un instant M. Segond s'était demandé s'il ne se trouvait pas en présence d'une épiplocèle bizarre.

Obs. III. — *Lipome du cordon coexistant avec une hernie.* — Eugène Lebr..., 67 ans, frotteur, entre à l'hôpital de la Charité, le 19 octobre 1888, salle Velpeau, nº 21.

M. Segond pratique le 26 octobre 1888 la cure radicale d'une hernie inguinale incoercible datant de deux ans. Les téguments incisés, on tombe sur une masse graisseuse enveloppée d'un feuillet celluleux très mince et parfaitement libre de toute adhérence, dans sa partie inférieure; cette masse est située en dehors du sac et du cordon. Elle a à peu près le le volume du doigt et mesure 7 à 8 centim. de long. A sa partie supérieure elle s'effile en une sorte de pédicule qui remonte dans le canal inguinal. Excision après ligature du pédicule.

Puisque j'en suis sur les dispositions anatomiques qui peuvent induire en erreur pendant que l'on opère une hernie, je signalerai une variété rare de lipome herniaire, que l'on voit faire saillie dans l'intérieur même du sac, après s'être pédiculisé sous la séreuse. J'ai disséqué une hernie où cela existait. Après incision du sac, j'ai trouvé une masse graisseuse grosse comme une pomme d'api, fixée par un pédicule à la paroi postérieure du sac et recouverte par le feuillet séreux. Des formations adipeuses existaient autour du

reste du sac et lui adhéraient. A la palpation, j'avais cru à une masse épiploïque adhérente.

Obs. IV. — Sujet âgé, disséqué en mai 1888. Double hernie scrotale volumineuse. Des deux côtés, la tunique vaginale, un peu blanche et épaissie, présente sa conformation normale. Le crémaster est atrophié. Il est facile à isoler d'un sac herniaire situé sous lui. Ce sac est formé de deux feuillets, assez adhérents au niveau du collet induré, pourvu de stigmates épais. Le feuillet interne se continue avec le péritoine ; le feuillet externe avec le fascia transversalis. Ces deux hernies sont obliques externes.

Des deux côtés il existe autour du sac des masses adipeuses, comprises entre la séreuse et le prolongement du fascia transversalis. A gauche, une de ces masses, grosse comme une pomme d'api, fait saillie dans la cavité séreuse, sur la face postérieure de laquelle elle s'implante.

Le contenu du sac est à droite la dernière anse de l'intestin grêle. Le chef descendant est volumineux, l'ascendant est mince; ils sont fixés l'un à l'autre par du tissu fibreux dû à des adhérences inflammatoires. Mais cette anse n'adhère pas au corps du sac : elle adhère cependant à la partie postérieure du collet. Cette adhérence courte, dure, se prolonge dans la fosse iliaque, et de là part une petite corde mésentérique. Autour du cæcum existent des adhérences inflammatoires :

A gauche, toute l'anse oméga est dans le sac, au corps duquel elle n'adhère pas. Mais à la partie postérieure du collet, il y a une forte adhérence. Le mésocôlon iliaque, engagé dans la hernie, se prolonge dans l'abdomen en une forte plicature dont le bord droit, libre, est situé au-dessus du petit bassin. Dans cette corde est l'artère mésentérique inférieure qui va ainsi jusqu'à l'anneau herniaire et là se recourbe pour se porter au rectum, dont l'extrémité supérieure est très déviée en avant; elle se recourbe après avoir envoyé une branche qui se rend au chef ascendant de l'anse oméga herniée. Près de la colonne vertébrale, on constate que cette mésentérique inférieure fournit une branche externe qui se porte dans le tissu sous-péritonéal vers le bord gauche de l'anneau, pour aborder le chef descendant de l'anse herniée.

II. — L'observation précédente est un exemple des ces *lipomes herniaires*, tour à tour considérés comme causant la hernie ou comme résultant, au contraire, d'un processus de guérison. En tout cas, c'est à distinguer du lipome du cordon, bien plus fréquent, qui n'adhère pas au péritoine.

Une pièce que je viens de disséquer, dans le pavillon de mon ami Hartmann, à l'École pratique, me paraît intéressante à ce point de vue.

Obs. V. — *Lipomes inguinaux bilatéraux. A gauche, la tumeur remonte en dehors de l'artère épigastrique ; sac de hernie directe. A droite, lipome adhérant, en dedans de l'épigastrique, à une cicatrice plissée du péritoine.* — En disséquant la région inguinale, on voit de chaque côté un lipome allongé, long d'environ deux travers de doigt, *gros* comme le médius, sortant, sous le crémaster, par l'anneau du grand oblique.

A *gauche*, un sac herniaire est situé en dedans du lipome. Il est entouré par le crémaster hypertrophié. Il est long comme le doigt et son collet reçoit facilement deux doigts. Ce collet est situé entre l'épigastrique et l'artère ombilicale, il ne présente pas de stigmates. La séreuse du sac est partout souple ; elle est facile à décoller d'un plan cellulo-adipeux qui la double et se continue avec le fascia propria. Autour de cette lame en est une autre, elle aussi, facile à séparer du cordon entouré par la fibreuse commune. Cette dernière enveloppe s'insère au bord supérieur de l'arcade de Fallope au niveau de la partie supérieure du collet ; en haut et sur les côtés elle se continue avec le fascia transversalis. Le lipome est sous la fibreuse commune et il remonte avec le cordon dans le canal inguinal. Il s'arrête dans la fosse iliaque. Il n'adhère aucunement au péritoine.

A *droite*, il existe dans l'anneau interne un infundibulum séreux qui reçoit l'extrémité du petit doigt et ne dépasse pas la partie moyenne du trajet inguinal. Il n'y a de ce côté aucun lipome sous la fibreuse commune. Le lipome qui sort par l'anneau du grand oblique est situé entre la fibreuse commune et le crémaster. Il perfore directement la paroi abdominale et va adhérer à une cicatrice horizontale, plissée, un peu radiée, qui occupe la fossette inguinale moyenne, en dedans de l'épigastrique. Mais il n'y a pas de dépression à ce niveau. Cette masse adipeuse est plus friable que celle du côté opposé. Elle ne contient pas de cavité séreuse.

Il n'y a pas de cicatrice sur la peau de la région inguino-scrotale.

La disposition anatomique que je viens de décrire à droite s'explique bien mieux par l'hypothèse d'une ancienne hernie guérie que par celle du lipome attirant le péritoine à sa suite. Cette guérison aurait eu lieu soit spontanément, soit sous la

seule influence d'un bandage et cette terminaison favorable de la hernie directe n'est certes pas fréquente. Mais il n'y avait pas de trace d'une opération pratiqué sur la région. Et d'autre part que pourrait signifier cette cicatrice péritonéale de la fossette moyenne ? En tout cas, il n'y avait aucune dépression de la séreuse à ce niveau. On ne peut pas davantage admettre le lipome cause première dans l'obs. IV, où j'ai vu une masse adipeuse péri-sacculaire faire saillie dans le sac.

A gauche, dans l'obs. V, il y a un lipome et une hernie parfaitement indépendants l'un de l'autre ; c'est un type de lipome du cordon, comme ceux que je décrivais il y a un instant.

Il faut donc distinguer nettement le lipome du cordon du lipome herniaire. Quant à ce dernier, les dissections que j'ai faites à la région inguinale me le font considérer comme un effet de la hernie plutôt que comme sa cause. Resterait à savoir si, comme on l'a dit, l'envahissement graisseux est la cause de la guérison, ou au contraire lui succède. Cette question me paraît pour le moment insoluble.

Je terminerai par une observation bizarre que mon ami Delbet m'a communiquée. Ce fait prouve d'abord qu'une tumeur graisseuse peut simuler complètement une épiplocèle. Mais qu'est cette tumeur ? Elle ressemble surtout à un lipome herniaire. Un de ces lipomes pourrait donc s'étrangler et simuler une hernie incarcérée ? Serait-ce, d'autre part, un lipome ayant brusquement attiré le péritoine à sa suite ? Tout cela est bien insolite ; cependant la cavité intra-abdominale dans laquelle une sonde cannelée s'engage jusqu'au pavillon ne saurait guère être que la séreuse péritonéale. Une autopsie eût seule pu faire connaître la nature exacte de la lésion. Mais il reste un fait clinique intéressant.

Obs. VI. — *Tumeur graisseuse ayant simulé une hernie étranglée.* — Ann. Charles, 66 ans, dessinateur, entre le 15 octobre 1888, salle Velpeau, lit n° 33, hôpital de la Charité.

Cet homme affirme qu'il n'a jamais eu de hernie. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, le soir, en faisant un effort pour monter dans son lit, il ressent tout à coup une vive douleur dans l'aine gauche. Il y porte la main et constate la présence d'une tumeur qui n'existait pas auparavant.

Depuis cet accident il a eu deux ou trois selles, il est incapable de dire s'il a rendu des gaz ; mais il n'a pas rendu de matières fécales depuis deux jours. Il n'y a pas eu de vomissements. Un peu de ballonnement abdominal. Douleurs locales vives. Prostration légère.

La tumeur a le volume d'un gros marron ; elle est très dure, et très douloureuse dans toute son étendue.

Opération le 15 octobre, à 7 heures du soir. Incision de six centimètres sur la tumeur. L'orifice externe du canal inguinal donne passage au cordon dont les veines sont variqueuses ; mais à rien autre chose.

En dedans de cet orifice, je trouve la tumeur, enveloppée d'une membrane, qui a l'apparence d'un sac péritonéal. Ce sac est absolument indépendant du cordon. Son pédicule pénètre à travers une éraillure de l'aponévrose du grand oblique en dedans et un peu au-dessus du pilier interne de l'orifice externe de l'anneau inguinal.

Le sac ouvert, je tombe sur une masse lobulée d'un rouge noir absolument adhérente à la face interne du sac. Je considère cette masse comme de l'épiploon. Je n'ose le lier en masse pour le réséquer de peur de prendre dans le fil une anse intestinale. Après une dissection laborieuse, je trouve au milieu de cette masse une petite tumeur absolument noire. Cette dernière est si adhérente au collet qu'il est impossible de la détacher. Je me décide à l'ouvrir, pensant que même s'il s'agissait d'une anse intestinale, il n'y avait pas d'autre conduite à suivre. L'ouverture faite, je tombe dans un canal où la sonde cannelée s'engage jusqu'au pavillon, mais sans ramener de matières fécales. Drain de 10 centimètres de long dans cet orifice. Suture partielle de la peau. Pansement à la gaze iodoformée.

Le lendemain le malade va à la selle. Il a parfaitement guéri sans qu'il soit sorti de matières fécales par le drain.

Extrait des **Bulletins de la Société anatomique**,
5e série, tome II, pages 976 à 979.

Note sur la fréquence de la hernie inguinale directe et sur les enveloppes des hernies inguinales, congénitales et acquises.

I. Il est classique de dire que la hernie directe est une variété rare de la hernie inguinale. Duret s'en occupe dans sa thèse d'agrégation sur ces variétés rares. Cette opinion est erronée, ainsi qu'en font foi les chiffres suivants :

Depuis le mois de janvier 1888, j'ai disséqué, sur le cadavre 32 hernies inguinales, en notant avec soin la position du collet par rapport à l'artère épigastrique. Sur ce nombre, j'ai trouvé :

23 hernies unilatérales : 7 directes dont 4 gauches, 3 droites ; 16 externes dont 9 droites, 7 gauches.

6 hernies bilatérales : 4 directes ; 2 externes.

1 sujet portait deux hernies externes et une directe, et de plus une crurale.

1 sujet avait à droite une hernie externe (congénitale) et à gauche une hernie directe.

1 sujet avait à droite une hernie externe. Le côté gauche était détruit.

Donc, la hernie directe n'est pas rare, même parmi les hernies unilatérales. Elle est la plus fréquente dans les hernies bilatérales.

II. On admet souvent que la hernie directe est située — contrairement à ce que l'on voit pour l'oblique externe — à la face externe du crémaster. Duret la loge « dans le tissu cellulaire sous-cutané », et plusieurs auteurs expliquent ainsi pourquoi cette hernie a peu de tendance à descendre dans les bourses.

Cette proposition est absolument fausse. Toutes les hernies qui sortent de l'anneau inguinal externe sont recouvertes par le crémaster. Il est bien certain que la hernie directe peut être para-inguinale et descendre en dehors du crémaster, tout comme la hernie externe. Mais je n'ai jamais constaté cette disposition et toujours, sur mes 19 dissections, j'ai vu le crémaster autour du sac.

Mais ce sac est situé en dehors de la gaine profonde du cordon, gaine connue sous le nom assez impropre de fibreuse commune.

Autour du sac péritonéal et de l'enveloppe, fort variable, que fournit le fascia propria refoulé, les hernies directes, que je vous montre, présentent un sac membraneux, conjonctif, en continuité évidente au niveau du collet avec le fascia transversalis. Ce sac formé par le fascia transversalis refoulé, je l'ai constamment trouvé depuis que mon attention est attirée sur ce point, c'est-à-dire sur mes douze derniers sujets. Il est donc inexact de dire, comme on le fait souvent, que la hernie directe sort en général à travers une éraillure du fascia transversalis.

III. Le raisonnement fait supposer *a priori*, que toute hernie acquise doit en agir de même avec le fascia transversalis ; que d'autre part ce serait un bien grand hasard si le sac, enfilant exactement l'anneau inguinal interne, pouvait se loger sous la fibreuse commune. La hernie dite congénitale, au contraire, est forcément située sous cette gaine profonde; elle n'a pas, par contre, à refouler le fascia transversalis.

La dissection permet de se prononcer.

Il y a en effet des dispositions anatomiques qui autorisent à affirmer que la hernie est à canal ouvert (contact avec le testicule; ectopie testiculaire ; diaphragmes et valvules; cordon fibreux de Cloquet). N'est-on pas en droit aussi de l'admettre lorsque la tunique vaginale est malformée autour du testicule et le long du cordon ? (obs. III et IV).

Or toutes les fois qu'un ou plusieurs de ces caractères existaient, j'ai trouvé que la hernie externe était sous la fibreuse commune et que le fascia transversalis n'était pour rien dans ses enveloppes.

Inversement, dans deux hernies externes situées hors de la fibreuse commune, j'ai trouvé le sac du fascia transversalis.

Je pense donc que, sur le cadavre, le diagnostic anatomique est possible entre la hernie externe à canal ouvert ou à canal fermé.

Les hernies à canal fermé sont hors de la gaine du cordon et ont un sac formé par le fascia transversalis.

Les hernies à canal ouvert sont dans la gaine profonde, que rien ne sépare du sac séreux.

Si l'on admet ce critérium, on sera conduit à la conclusion que la hernie externe est presque toujours à canal ouvert;

que les hernies à canal fermé sont le plus souvent des hernies directes.

IV. Je me borne à ces courtes réflexions, qui seront développées sous peu dans l'article *Inguinal* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, et je termine par la relation de quatre dissections que j'ai pratiquées aujourd'hui même à l'École pratique.

Obs. I. — *Hernie directe unilatérale droite.* — Sujet atteint à gauche d'un lipome du cordon un peu adhérent au péritoine (voir la communication ci-dessus de M. Delbet).

A droite existe une hernie directe qui descend jusqu'à environ 4 doigts au-dessous du pli de l'aine. Son collet reçoit facilement deux doigts ; il ne présente que peu de stigmates. Le sac sort par l'anneau inguinal externe. Il est situé sous le crémaster dont il est facile à séparer. Cela une fois fait, il est aisé de voir que ce sac est situé en avant du cordon et en dehors de sa gaine profonde ou fibreuse commune. Le sac est alors fendu suivant sa longueur et le feuillet séreux, très mince et net, est décollé avec le manche du scalpel. Contre sa face externe est une couche cellulo-adipeuse, lâche, manifestement continue avec le fascia propria. Plus en dehors encore existe un troisième sac membraneux, assez dense, dont les connexions deviennent évidentes après ablation des deux couches précédentes. Ce sac franchit la paroi abdominale et provient de sa face postérieure. Il est en continuité en haut et latéralement avec le fascia transversalis. En bas il s'insère solidement à la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope.

Le sac était déshabité.

Obs. II. — *Hernie inguinale directe bilatérale et hernie crurale à gauche.* — Sujet atteint à gauche d'un lipome para-inguinal adhérent au péritoine (voir la communication ci-dessus de M. Delbet).

Des deux côtés il est porteur d'une hernie directe, dont le sac descend à environ deux travers de doigt au-dessous de l'anneau externe, par lequel il sort. Le collet reçoit aisément deux doigts. Des deux côtés il est facile de retourner en doigt de gant vers la cavité péritonéale la séreuse du sac. Le doigt introduit alors dans le trajet est cependant encore arrêté par un cul-de-sac résistant. Ce sac externe est situé sous le crémaster. Après dissection, on le trouve en continuité avec le fascia transversalis, exactement comme dans le cas précédent.

A gauche il y a une hernie crurale, entourée d'un lipome herniaire très net. Son collet est en dehors et au-dessous de

celui de la hernie inguinale. Entre les deux est un éperon séreux induré par des stigmates.

Tous ces sacs sont déshabités.

Obs III. — *Hernie funiculaire congénitale à droite. A gauche hernie directe et hernie crurale.* — *A gauche* existe une hernie directe à collet recevant trois doigts, à sac descendant presque jusqu'au niveau du testicule. Les enveloppes (crémaster, fascia transversalis, péritoine) sont identiques à ce qu'elles sont dans l'observation I.

Le sac est situé en dehors de la fibreuse commune. De ce côté la vaginale est normale.

La hernie crurale est de toutes parts entourée d'une masse adipeuse. Les connexions avec le collet de la hernie directe sont identiques à ce qu'elles sont dans l'observation II.

A droite, il y a une hernie externe dont le mode de constitution est tout autre. Le sac est situé non seulement sous le crémaster, mais encore sous la fibreuse commune, qui entoure plus bas la tunique vaginale. Cette cavité péritesticulaire se prolonge le long du cordon par un canal cylindrique, gros comme un crayon ordinaire, qui remonte au côté interne du cordon presque jusqu'au niveau de l'anneau externe. Le sac est en avant et en dehors de ce canal vaginal. Il en est séparé par une cloison blanchâtre, assez épaisse, mais que l'on ne peut diviser en deux feuillets. Il n'y a rien entre le sac et la fibreuse commune. Le fascia transversalis ne participe en rien au déplacement. Le sac n'a pas été difficile à décoller, avec les doigts, des éléments du cordon. Stigmates résistants et adhérences au collet.

Sacs déshabités.

Obs. IV. — *Hernie oblique externe unilatérale gauche, funiculaire, congénitale.* — Cette hernie a un collet recevant environ deux doigts, assez induré par des stigmates. Le sac descend à peu près à mi-chemin entre l'anneau externe et le testicule. Il est mince, transparent (sauf en arrière où il présente une traînée cicatricielle) et est situé sous la fibreuse commune.

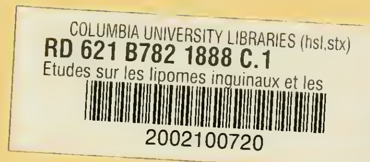
La tunique vaginale se prolonge jusqu'à trois doigts au-dessus du testicule, le long du côté interne du cordon, en un canal fort étroit qui s'ouvre dans la cavité principale par un orifice entouré d'un diaphragme tranchant circulaire.

Les veines du cordon sont variqueuses, surtout vers l'épididyme.

Sac déshabité.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE


COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARIES (hsl,stx)
RD 621 B782 1888 C.1
Etudes sur les lipomes inguinaux et les
2002100720